

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 10

ZONA OPHTALMIQUE ET ZONA MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LACHAISE

né à ANGOULÈME (Charente) le 22 Mars 1901



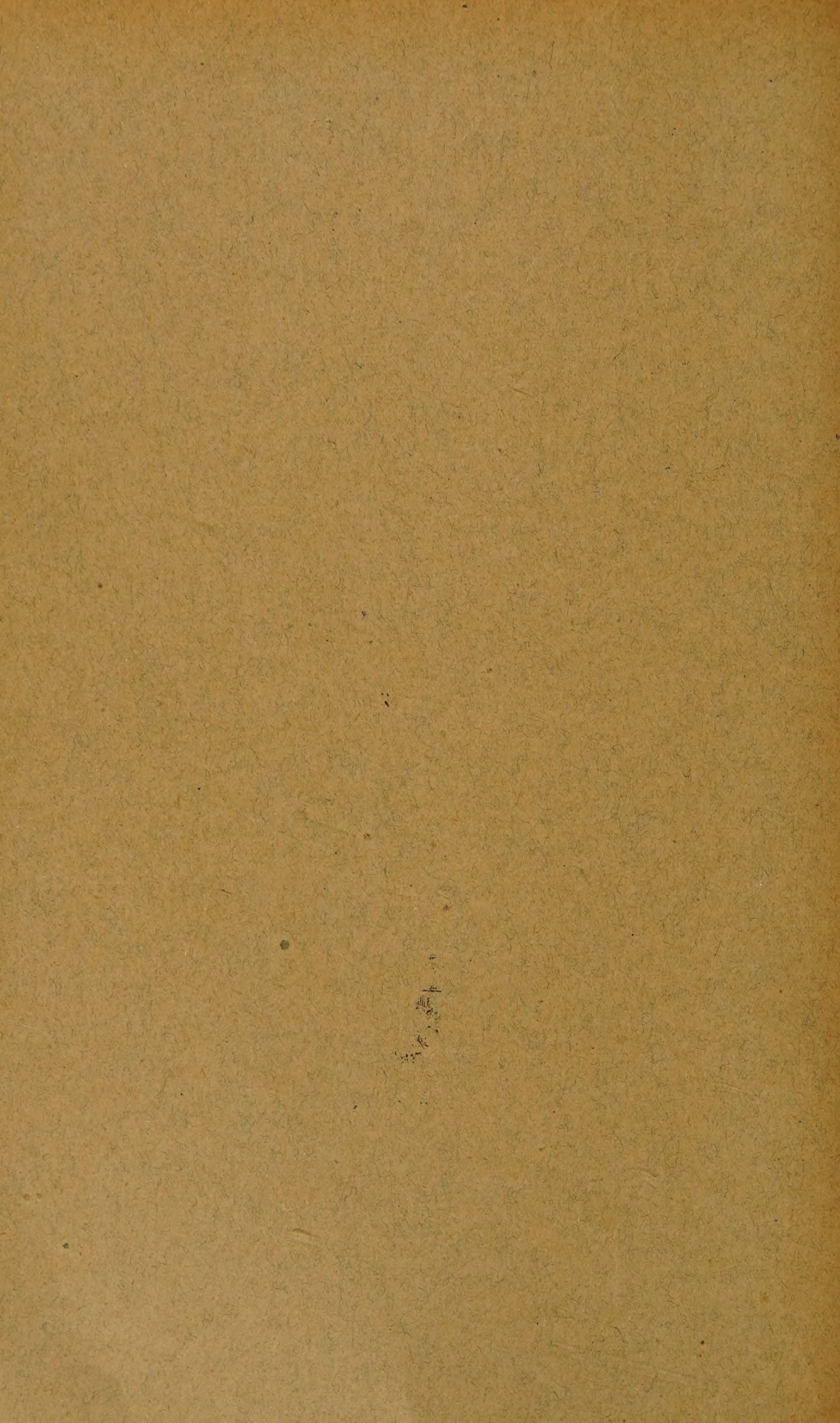
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924



**ZONA OPHTALMIQUE
ET ZONA MAXILLAIRE SUPÉRIEUR**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 10

ZONA OPHTALMIQUE ET ZONA MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René LACHAISE

'né à ANGOULÈME (Charente) le 22 Mars 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNEN
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
	TIXIER.
	BERARD.
	COMMANDEUR.
	ROLLET.
	NICOLAS.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	LEPINE (J.).
Clinique ophtalmologique	WEIL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VILLARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	LANNOIS.
Clinique des maladies des enfants.....	ROCHET.
Clinique des maladies des femmes.....	NOVE-JOSSERAND.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	CLUZET.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	MOREL.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	HUGOUNENQ.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	BRETIN.
Chimie biologique et médicale.....	GUIART.
Chimie organique et Toxicologie.....	LATARJET.
Matière médicale et Botanique.....	POLICARD.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	DOYON.
Anatomie	COLLET.
Histologie	MOURIQUAND.
Physiologie	PAVIOT.
Pathologie interne	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	ARLOING (F.).
Anatomie pathologique	Etienne MARTIN.
Chirurgie opératoire	COURMONT (P.).
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PIC.
Médecine légale	X.
Hygiène	
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	
Pharmacologie	

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; FROMENT, assesseur ;
FAVRE et BONNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur*

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX
DE BORDEAUX ET DE LYON

ZONA OPHTALMIQUE ET ZONA MAXILLAIRE SUPÉRIEUR

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu de Lyon deux cas de zona des nerfs ophtalmique et maxillaire supérieur. Sur les conseils de M. le Professeur Rollet, il nous a paru intéressant de rechercher et d'étudier les autres cas de ce genre qui se rencontrent dans la littérature médicale. Nous nous sommes aperçus que si le zona ophtalmique était une affection bien connue, rarement on a noté en même temps l'atteinte de la deuxième branche du trijumeau. Hutchinson, en 1866, en rapporte quelques cas dans son remarquable mémoire et dans la thèse de Hybord, en 1872, réunissant 98 observations de zonas ophtalmiques, nous relevons 8 fois la coexistence du zona maxillaire supérieur. Enfin, M. le Professeur Rollet n'avait encore jamais vu l'atteinte de ce nerf, malgré le grand nombre de malades observés par lui.

Nous devons ajouter que nous ne nous sommes occupés que du zona associé des 2 premières branches du trijumeau, laissant de côté le nerf maxillaire inférieur qui peut également être touché par le processus zonateux.

Nous espérons que ce modeste travail, malgré l'expérience qui nous fait défaut, atteindra le but que nous nous sommes proposé, qui est de mettre en évidence quelques faits isolés qu'il nous a semblé utile de grouper dans cette thèse.

Que M. le Professeur Rollet qui nous a inspiré cette étude et dont l'obligeance à notre égard ne s'est jamais démentie, veuille bien accepter toute notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en présidant cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

Symptomatologie.

Le mode de début du zona ophtalmique et maxillaire supérieur peut se faire par des symptômes généraux indiquant une maladie infectieuse fébrile et même saisonnière ou épidémique ; c'est la fièvre zosterienne de Landouzy qui débute par une température, parfois élevée, des frissons, une sensation de courbature, de la céphalée diffuse mais vive. Le tube digestif peut réagir à son tour, par de l'anorexie, des nausées, des vomissements, de la diarrhée. Cette période ne dure généralement pas plus de huit jours, souvent moins.

A côté de ce début d'allure nettement infectieuse, nous avons, le plus souvent, les phénomènes généraux réduits au minimum ou même manquant totalement. Les malades se plaignent de névralgies siégeant sur la face, le long des nerfs ; ils souffrent, ont de l'insomnie, mais ils circulent et ne s'alitent pas.

M. le Professeur Rollet a décrit, dans le zona ophtalmique, une triade symptomatique qui se trouve également quand le zona maxillaire supérieur lui est associé. Elle est constituée par : 1° Les douleurs ; 2° L'éruption cutanée (et muqueuse) ; 3° Les manifestations oculaires.

1° LA DOULEUR. — Elle précède de quelques jours l'éruption, trois ou quatre en général, mais elle peut apparaître un mois ou simplement quelques heures auparavant. L'œil peut être douloureux dès le début.

Souvent c'est une douleur profonde intracrânienne, parfois à type causalgique, ou parfois en rapport avec la lymphocytose rachidienne ainsi que Brissaud et Sicard nous le disent.

C'est, d'autres fois, une souffrance de la peau, une dermalgie consistant en une sensation désagréable qui entraîne le prurit. Plus souvent elle se manifeste sous forme de cuisson, de brûlures (ignis sacer) provoquées par un fer rouge, ou bien, ce sont encore des élancements ou de véritables névralgies. Ces douleurs siègent sur les territoires cutanés innervés par les deux premières branches du trijumeau. Généralement, elles se localisent surtout à certains rameaux nerveux, par exemple aux téguments dépendants du sus-orbitaire et son homologue le sous-orbitaire. Limitées au maxillaire supérieur ou aux dents qui sont douloureuses pendant la mastication, elles font croire à une affection d'origine dentaire qui fait venir le malade chez le dentiste. Elles sont du type continu, mais elles s'exaspèrent sous l'influence du froid, du chaud,

de la mastication; elles sont souvent plus vives le soir et la nuit que dans la journée, la pression les augmente, surtout aux points d'émergence des nerfs. Très vives, elles empêchent le malade de dormir et ne cèdent qu'aux injections de morphine.

Brissaud attachait une grande importance à la topographie douloureuse : alors même que l'éruption se localise sur le territoire d'un rameau nerveux, le zona peut être en réalité beaucoup plus étendu quand la névralgie dépasse le territoire de l'éruption et s'irradie à d'autres branches nerveuses. D'une manière générale, la répartition des groupes vésiculaires n'est que bien peu de chose par rapport à l'étendue de la névralgie et c'est celle-ci qui a le plus d'importance.

A la dermalgie s'ajoute une insensibilité ou hypoes-thésie du tégument. C'est l'anesthésie douloureuse très nette sur le front s'atténuant sur le vertex.

La douleur, qui a précédé l'éruption, peut persister longtemps après elle, comme chez les deux malades de Trousseau qui éprouvaient d'atroces douleurs plusieurs années après leur zona. En général, elle s'atténue vers le dixième jour et disparaît progressivement.

2° L'ERUPTION. — A l'endroit où elle se fera, la peau présente des placards érythémateux, qui donnent une impression de résistance et de chaleur sous le doigt. Ils sont mal limités et un peu surélevés. Rapidement, de petits vésicules apparaissent sur ces plaques rouges ; elles sont isolées ou bien disposées par groupes ; bientôt, elles se réunissent en une volu-

mineuse phlyctène à contenu citrin. Quelquefois elles deviennent de vraies pustules, ou sont le siège d'hémorragies ou de gangrène localisée. Puis les vésicules se rompent, se dessèchent et de petites croûtes leur succèdent qui tombent quinze jours après en laissant des cicatrices pigmentées, longues à disparaître, sinon indélébiles et, dans ce cas, elles sont précieuses pour faire le diagnostic rétrospectif de zona vrai, comme le dit Sicard.

Sur la muqueuse bucco-pharyngée, l'éruption est, en général, discrète; ou bien on voit un léger érythème, ou bien ce sont quelques vésicules qui éclatent très vite et sont remplacées par des ulcérations superficielles, régulières, entourées d'un liseré rouge, qui se cicatrisent rapidement sans laisser de traces.

Le nombre et la densité des vésicules sont très variables, mais, en règle générale, elles n'existent que sur un seul côté de la face ou de la bouche. Nous avons cependant trouvé un cas de zona facial bilatéral (obs. XXIV).

L'éruption se fait généralement par poussées successives, une branche se prend d'abord, puis, quelques jours après une autre, de façon que les vésicules ne sont pas contemporaines les unes des autres; certaines sont desséchées quand de nouvelles se forment. On a pu noter jusqu'à cinq ou six poussées d'herpès zoster dans certains cas.

L'éruption se fait sur les territoires cutanés ou muqueux innervés par l'ophtalmique et le maxillaire supérieur, mais elle n'occupe guère qu'une portion de

ces territoires et suivant sa localisation on distingue plusieurs variétés topographiques.

Pour le *nerf ophtalmique*, nous distinguerons avec M. le Professeur Rollet, un zona frontal, un zona nasal et un zona lacrymo-temporal.

ZONA FRONTAL. — Le front est une partie très souvent atteinte. On sait que le nerf frontal à sa sortie du trou orbitaire émet ses rameaux ascendants auxquels correspondra un jet de lignes ou de bandes rouges surmontées de vésicules et disposées en éventail, qui vont se perdre dans le cuir chevelu. Ailleurs des plaques isolées, séparées par des intervalles de peau saine s'ordonnent et se succèdent, plus nombreuses dans la partie interne que dans la partie externe. Ailleurs encore la moitié entière du front est envahie.

ZONA NASAL. — Le nez innervé par le nasal interne et le nasal externe peut être également le siège d'une éruption qui pourra envahir tout un côté, depuis la racine jusqu'au sillon nasogénien, avec ou sans intégrité du lobule innervé par le naso-lobaire. Mais souvent l'éruption se localise sur la racine du nez, innervée par les filets terminaux du nasal externe, sans aller plus loin. La partie interne de la paupière supérieure peut être intéressée. En outre, la muqueuse nasale peut participer à l'éruption et réagir par du *corryza* qui entraîne une sécrétion muqueuse accompagnée d'éternuement.

Du nerf nasal, émanent des nerfs ciliaires et une racine du ganglion ophtalmique d'où partent des nerfs

ciliaires. Se basant sur cette disposition, Hutchinson a pu établir la loi suivante : « L'œil reste intact quand l'éruption est limitée au trajet des branches frontales, il est toujours atteint quand le nez est envahi. » Cette loi paraît inexacte quant à son premier paragraphe à M. le Professeur Rollet, car les troubles oculaires s'observent quand l'éruption nasale manque, ce qui du reste n'implique pas l'intégrité nerveuse. Par contre, pour le zona nasal, l'observation constante des troubles oculaires est très précise.

ZONA LACRYMO-TEMPORAL. — L'éruption de la région temporale, ainsi que celle plus rare de la région malaire accompagne assez fréquemment le zona frontal et nasal. Mais ici les anatomistes ne sont pas d'accord sur l'innervation de ces deux régions. M. le Professeur Rollet qui avait bien remarqué la divergence de ces deux origines, s'est appliqué à donner une explication qui put solutionner la question : « La distribution des filets terminaux du nerf lacrymal a été comprise par les anatomistes d'après deux modes différents : jadis on enseignait que le nerf lacrymal est préposé à l'innervation des régions lacrymo-palpébrale et temporo-malaire, le nerf maxillaire supérieur n'y participant pas. Actuellement on admet que le nerf lacrymal innerve la région lacrymo-palpébrale, le nerf maxillaire supérieur innervant également cette même région et en outre la région temporo-malaire.

A côté de ces deux descriptions anatomiques divergentes, si l'on consulte les schémas des auteurs indiquant les territoires sensitifs de la face, on voit que

les uns attribuent le territoire temporo-malaire au domaine du maxillaire supérieur, les autres à celui du maxillaire inférieur, l'ophtalmique en est exclu.

En définitive, les téguments temporo-malaires tiennent-ils leur innervation de l'ophtalmique ou du maxillaire supérieur ? Auquel de ces deux nerfs appartiennent les filets temporo-malaires ?

Deux faits pathologiques me font admettre que les nerfs temporo-malaires font partie de l'ophtalmique et ont la même origine centrale; il s'agissait de deux cas de zona ophtalmique sans coexistence de zona partiel du maxillaire supérieur. Il convient donc d'admettre que les tempes sont innervées par l'ophtalmique (nerf lacrymal) et par le maxillaire inférieur (nerf temporal superficiel), à l'exclusion du maxillaire supérieur (rameau orbitaire). »

Ces différentes variétés de zonas peuvent se rencontrer isolément ou le plus souvent coexister; mais elles ne dépendent que du territoire nerveux de l'ophtalmique. Il nous faut maintenant décrire l'éruption qui accompagne le *nerf maxillaire supérieur*, ou une de ses branches, et que nous rencontrons toujours dans les observations que nous avons rapportées.

A sa sortie du trou sous-orbitaire, le nerf maxillaire supérieur s'épanouit en un grand nombre de rameaux et ramuscules qui se distribuent aux territoires environnants. D'après le siège de l'éruption, on peut distinguer :

ZONA PALPÉBRAL. — La face cutanée, et quelquefois la face muqueuse, de la paupière inférieure est prise.

Il peut être total quand il siège sur les deux paupières, le nerf ophtalmique participe alors à l'éruption qui est précédée ou accompagnée d'un œdème parfois considérable, diminuant la fente palpébrale et pouvant provoquer son occlusion passagère. Cet œdème peut même s'étendre par infiltration collatérale aux paupières de l'œil opposé.

ZONA LABIO-JUGAL. — Il se rencontre sur la face antérieure de la lèvre supérieure et surtout au niveau du trou sous-orbitaire ou à son voisinage.

L'éruption de l'aile du nez et du vestibule des fosses nasales, innervés par les filets internes du sous-orbitaire peut accompagner ces différentes variétés de zonas.

ZONA BUCCO-PHARYNGÉ. — La voute et le voile du palais, la luette et les piliers (terminaison des nerfs nasopalatins, nerfs palatins antérieurs, moyens, postérieurs) peuvent être le siège d'une éruption. Il en est de même pour la voute du pharynx, l'orifice de la trompe d'Eustache, la partie postérieure de la face supérieure ou nasale du voile du palais (nerfs palatins moyens, postérieurs, quelques filets des nerfs nasaux supérieurs). De même encore pour les gencives supérieures, entourées d'un plexus formé par les nerfs dentaires postérieurs, moyens, antérieurs.

N'oublions pas aussi que ces mêmes nerfs innervant le sinus maxillaire, les dents, etc., nous donnent une explication facile aux névralgies qui peuvent en résulter.

3° LES MANIFESTATIONS OCULAIRES. — Le Professeur Rollet les a groupées sous le nom de ZONA OCULAIRE et il en constate toujours quelques unes chez tous ses malades. Le signe le plus constant est l'anesthésie de la cornée et de la conjonctive qu'il faut rechercher avec soin. Pendant l'éruption, on peut voir sur la conjonctive, des ulcères mais surtout des papules ou une légère conjonctivite accompagnée de larmoiement. Plus fréquentes sont les lésions de la cornée sous forme de plissement épithélial grisâtre, remplaçant la vésicule et pouvant s'ulcérer si les soins antiseptiques n'interviennent pas ; il en résulte alors une kératite purulente pouvant aller jusqu'à la panophtalmie avec fonte de l'œil.

L'iritis primitive contemporaine de l'éruption peut s'observer. D'allure insidieuse, accompagnée d'un cercle périkératique à peine marqué, elle est difficile à dépister, s'accompagne d'hypotonie et, négligée, elle peut être la cause de synéchies postérieures. Morax a rapporté des cas de forme glaucomateuse du zona ophtalmique. La pupille présente fréquemment du myosis associé aux autres troubles.

Les paralysies motrices sont assez rares; on peut observer cependant la paralysie faciale, la cycloplégie, l'iridioplégie, la paralysie du moteur oculaire commun, des nerfs moteur oculaire externe et pathétique.

L'adénite préauriculaire et sous-angulo maxillaire si souvent rencontrée, peut être provoquée par l'infection secondaire venant compliquer l'éruption. Elle n'est cependant pas la cause de l'adénite qu'on observe communément, souvent légère d'ailleurs, dans le

territoire correspondant ; car cette adénite est précocce et souvent même précède l'éruption.

Notons que le zona isolé du maxillaire supérieur a été observé par quelques auteurs et que fréquemment, la troisième branche du trijumeau est atteinte en même temps que les deux premières. D'autres nerfs, d'une origine toute différente, comme le plexus cervical, peuvent participer à l'éruption.

CHAPITRE II

Etiologie.

Le nombre restreint de nos observations ne nous permet pas de répondre de façon précise à un certain nombre de questions concernant l'étiologie du zona des deux premières branches du trijumeau. Il semble qu'il soit, cependant, plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; trois fois sur quatre environ. On le rencontrerait surtout vers soixante ans, mais la maladie se trouve dans tous les âges, depuis l'enfance jusqu'à dans l'âge sénile. Le côté gauche semble aussi souvent pris que le droit.

Depuis longtemps on a divisé les zonas en deux groupes bien distincts : zonas symptomatiques, les plus fréquents dans le domaine du trijumeau, et zonas essentiels que l'on pourrait appeler maladie de Landouzy qui les étudia minutieusement.

Pour les premiers, on a prétendu que le zona buccal se rencontre plus fréquemment dans la classe ou-

vrière que dans la classe aisée. Le rôle de la lésion locale, lésion dentaire par exemple, ne semble pas non plus bien établi. Le froid joue un rôle occasionnel assez fréquent et plusieurs malades invoquent son influence.

Les intoxications peuvent produire des zonas symptomatiques du trijumeau. Il est permis de supposer que le plomb, l'arsenic, l'oxyde de carbone (Leudet), l'alcool qui provoquent le zona thoracique, provoquent également le zona facial. Une autre classe de zonas sont dus aux toxines microbiennes de la plupart des infections. Nous nous appuyons sur l'opinion de Schoffer, qui admet l'action des toxines microbiennes, comparables aux poisons.

Le zona a été signalé dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, la pneumonie, le rhumatisme, la grippe, le tabes, la syphilis pourrait donc être invoquée dans certains cas. Récemment, M. Netter a vu plusieurs cas de zonas coexister avec la varicelle. Mais nous croyons qu'il faut accorder plus d'importance à la tuberculose, dont la coïncidence avec le zona a depuis longtemps attiré l'attention des cliniciens. Citons Von Bœrensprung qui le premier signala ce fait en 1863. Leudet, en 1878, présenta un mémoire important sur la question. Un peu plus tard, Rouher rassembla dans sa thèse plusieurs observations dues à différents auteurs. Quelques observations de zonas de la face coïncidant avec la tuberculose pulmonaire ont été publiées, elles sont peu nombreuses, mais cela tient peut être à ce que les malades n'ont pu être suivis assez longtemps. Tantôt, en effet, la

tuberculose pulmonaire précède le zona et est constatée longtemps avant lui. Tantôt le zona est un signe indicateur attirant l'attention sur une lésion méconnue et précédant de beaucoup l'apparition de la tuberculose et pour Rouher, c'est un signe ayant la même valeur que les signes prégranuliques signalés par les auteurs classiques, tels que le myxœdème, la dyspepsie, l'albuminurie, etc. S'agit-il d'une simple coïncidence entre ces deux affections ? nous ne pouvons que faire remarquer la fréquence de cette coïncidence qui semble indiquer une véritable relation.

Le traumatisme comme cause de zona facial est rare. Verneuil cite un cas où le zona vint compliquer une fracture de la base du crâne.

Enfin, à côté de toutes ces causes déterminant le zona symptomatique, on sait qu'il existe un zona essentiel dû à une fièvre éruptive : c'est la fièvre zostérienne de Landouzy due à un agent spécifique inconnu, un virus filtrant probablement.

Avant même que Landouzy eut émis cette théorie, Fabre avait essayé sans succès d'inoculer le zona au chien. Puis on chercha des microbes dans les vésicules, et plusieurs auteurs, Pfeiffer, Wanilewski, Colombini. Vinfield crurent pouvoir incriminer des protozoaires. Dans le liquide céphalo-rachidien, Achard avec Lœper et Laubry ont trouvé des microbes variés. Dopter en a cultivé aussi. Widal et Le Sourd n'en ont pas rencontré. Plus récemment, Nicolau et Baugin ont décrit un diplococcus gramophilus. Il est probable que tous ces germes sont dus, soit à des contaminations accidentelles, soit à des infections associées.

Le Professeur Achard écrivait dernièrement : « En ce qui concerne le zona, l'intervention du système nerveux n'est guère contestable. D'abord, les troubles nerveux sont d'ordinaire les premiers en date ; puis la topographie de l'éruption correspond à des territoires d'innervation radiculaire. Faut-il admettre que les germes du zona, disséminés sur la peau dans le voisinage de la porte d'entrée, ne peuvent se multiplier et provoquer l'éruption que dans le territoire cutané dont l'innervation est troublée ? Ou bien le virus, pénétrant par la peau et cheminant jusqu'au ganglion spinal, revient-il par voie nerveuse mais cette fois centrifuge, vers le territoire cutané d'innervation correspondante pour y engendrer l'éruption, la porte d'entrée initiale n'ayant été le siège d'aucune lésion particulière ? On ne peut évidemment se prononcer sur ces interprétations. L'adénite initiale semble montrer que, même avant la vésiculation, le territoire cutané est atteint déjà par le virus. Et il est difficile d'admettre que tous les placards éruptifs d'un zona représentent autant de portes d'entrée du virus, autant de chancres d'inoculation. On concevrait mieux que la pénétration du virus à travers la peau n'y laisse pas de trace apparente et que le virus ayant silencieusement atteint et lésé le ganglion spinal, pendant la période d'inoculation, puis, revenant à la peau sensibilisée par les lésions nerveuses et mûre en quelque sorte pour l'éruption, celle-ci se produise par un mécanisme comparable à celui qu'on tend à invoquer aujourd'hui pour la formation des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. »

Ces deux notions de zona symptomatique et zona essentiel ne sont pas admises par tout le monde; certains adoptent l'une des deux à l'exclusion de l'autre. Les partisans du zona spécifique se basent sur l'entité clinique des symptômes et l'immunité que confère la maladie pour l'attribuer à un micro-organisme unique. D'autre part, il n'est pas douteux que toutes les causes invoquées dans l'apparition du zona agissent réellement. Nous croyons donc avec M. le Professeur Rollet, qu'à côté du zona essentiel, il existe un zona causé par une toxi-infection quelconque, cas le plus fréquent dans le domaine du trijumeau. Il nous est aussi permis de supposer que toutes les causes invoquées dans l'étiologie du zona symptomatique, ne seraient parfois que des causes adjuvantes, préparant le terrain à une invasion de zona vrai.

CHAPITRE III

Pathogénie et Anatomie pathologique.

Tout le monde s'accorde actuellement pour dire que le zona est la manifestation d'une lésion nerveuse, mais il s'agit de savoir quel est le siège de cette lésion. Les anciens auteurs ont émis une foule d'hypothèses qui seraient fastidieuses à énumérer. C'est surtout depuis 1892 que les différentes constatations anatomo-pathologiques ont permis d'édifier plusieurs théories pathogéniques dont nous allons passer en revue les principales.

ORIGINE PERIPHERIQUE. — Elle est des plus simples et suppose que les nerfs sur le trajet desquels se localise l'éruption sont principalement atteints. O. Wyns avait montré des lésions des nerfs coïncidant avec une altération ganglionnaire ; mais ce sont MM. Pitre et Vaillard qui, pour la première fois, formulè-

rent nettement l'origine périphérique de certains zonas. Ils virent dans plusieurs cas les lésions siéger exclusivement ou prédominer sur les nerfs et ils en conclurent que le zona peut être la conséquence directe d'altération des nerfs périphériques avec ou sans altération des ganglions et des racines correspondantes. En faveur de cette théorie, on peut citer des cas de zona traumatique, comme celui de Verneuil précédemment nommé. Egalement on peut rapporter à la névrite périphérique, le cas de Leudet où un zona de la face survint à la suite d'une intoxication par l'oxyde de carbone.

ORIGINE GANGLIONNAIRE. — Depuis longtemps on a attribué le zona à des lésions ganglionnaires, qui furent trouvées chez plusieurs individus ayant présenté des éruptions zostériennes. Nous devons ajouter que bien souvent l'examen concomitant des nerfs et de la moelle n'a pas été fait.

Boerensprung signala, le premier, en 1861, les lésions des ganglions, il publia un second cas en 1865 et il en conclut que c'est l'inflammation des ganglions spinaux qui est la principale, sinon la seule cause de la lésion cutanée. Charcot et Cotard, Kaposi, Chandelux, après plusieurs autopsies, signalèrent les mêmes lésions.

Plus intéressante est l'autopsie de O. Wyns, en 1880, qui trouva dans un cas de zona ophtalmique, le ganglion de Gasser plus gros, plus mou, plus vasculaire que celui du côté opposé. A sa partie interne, on constatait la présence d'une extravasation san-

guine. La branche ophtalmique est aussi plus large, plus épaisse que du côté opposé. Au microscope, la partie d'où émane l'ophtalmique est profondément altérée ; quelques cellules ganglionnaires sont complètement détruites, les autres ont subi une métamorphose régressive. A ce niveau, le tissu nerveux est infiltré de pus, ainsi que la gaine de l'ophtalmique. En arrière du ganglion, le trijumeau est sain. Blachez en conclut que le zona ophtalmique est l'expression d'une névrite caractérisée par l'hypérémie du ganglion de Gasser.

Netter, chez un enfant de 12 ans, mort de méningite cérébro-spinale, et qui avait présenté sur la moitié de la face des vésicules d'herpès, a vu le ganglion de Gasser correspondant, baignant dans le pus.

Les lésions ganglionnaires ont été minutieusement recherchées dans 21 autopsies, par Head et Campbell. Ils ont vu que les ganglions rachidiens sont infiltrés de petites cellules rondes accumulées autour des vaisseaux, qu'il peut y avoir des hémorragies interstitielles, que les cellules sont parfois détruites ou vivement lésées et en voie de destruction. Les lésions des racines postérieures sont constantes, tandis que les racines antérieures restent indemnes. Les nerfs présentent des altérations analogues aux racines. Dans le zona ophtalmique, c'est le ganglion de Gasser qui est touché. De plus, la racine sensitive du trijumeau était dégénérée.

A la Société de neurologie du 29 février 1912, MM. Thomas et Heuyer ont présenté plusieurs coupes d'un ganglion de Gasser provenant d'un malade atteint

d'un zona des deux premières branches du trijumeau (obs. XXII) ; il présentait des suffusions sanguines, des cellules en voie de dégénérescence, des lymphocytes, surtout dans sa partie donnant naissance à l'ophtalmique. Il est à remarquer que la racine sensitive entre le ganglion et la protubérance était également altérée avec prédominance des lésions sur le segment interne, où se trouvent les radicelles qui proviennent des mêmes groupes de cellules que la branche ophtalmique. Les radicelles les plus externes sont au contraire presque épargnées. Des lésions granuleuses se voyaient dans le nerf ophtalmique et dans le maxillaire supérieur où elles étaient moins intenses et presque nulles dans le maxillaire inférieur. Le ganglion et les nerfs ciliaires étaient également atteints.

Les lésions radiculo-ganglionnaires semblent donc être primitives dans nombre de cas où elles sont trop intenses et trop bien caractérisées pour n'être qu'une dégénérescence secondaire d'une lésion périphérique. D'ailleurs dans le zona névralgique sans éruption, la topographie douloureuse est nettement radiculaire et prouve l'atteinte d'une zone radiculo-ganglionnaire. Le bulbe et la protubérance subissent la dégénérescence secondaire, comme après la section d'une racine postérieure, portant sur la portion ascendante ou spinale du trijumeau, comme Head l'a noté. Le nerf périphérique est également atteint, les fibres dégénérées s'y mêlent aux fibres indemnes fournies par les racines antérieures. En somme, il s'agit d'une véritable « polyomyélite postérieure » avec altération gan-

glio-radiculaire primitive ; expression réservée à l'origine aux zonas rachidiens mais qui peut être appliquée aux zonas trijemellaires : le ganglion de Gasser pouvant être considéré comme l'homologue d'un ganglion spinal (Ramsay Hunt).

ORIGINE CENTRALE. — La discordance entre la topographie de certains zonas et l'éruption cutanée a amené le Professeur Brissaud à formuler la théorie métamérique. Elle est facilement applicable à certains zonas thoraciques et surtout abdominaux. En est-il de même de la face ? Brissaud a bien émis l'hypothèse que la protubérance et le bulbe formaient un métamère, dont le trijumeau tout entier et les nerfs voisins tireraient leur origine, analogue au métamère spinal.

Quoiqu'il en soit, d'après cette théorie, certains cas de zona du trijumeau seraient dus à une lésion initiale d'origine centrale. La coexistence fréquente de paralysies faciale ou des muscles de l'œil, qui seraient d'origine réflexe par Sulzer, propagées du nerf sensitif au nerf moteur pour d'autres, s'expliqueraient, pour Brissaud, par l'atteinte du noyau moteur consécutive à une lésion propagée du centre sensitif. Cet auteur s'appuyait sur l'observation d'un zona céphalique ayant déterminé une hémiplegie et qu'il expliquait par une lésion bulbo-protubérantielle. Achard et Castaigne attribuèrent également à l'atteinte des centres du trijumeau et aussi du pneumogastrique et du glasso-pharyngien, un zona qui dépassait le domaine de la 5^e paire pour gagner celui de la 9^e et de la 10^e.

La lymphocytose rachidienne qu'on a observée dans le zona du trijumeau, ne peut trancher l'origine anatomique de la lésion, car des culs de sac sous-arachnoïdiens, mis en évidence par Key et Retzius, s'insinuant plus profondément que les culs de sac arachnoïdiens proprement dits vont jusqu'au contact du pôle ganglionnaire. Lamy et Dufour, de leur côté, ont injecté sur le cadavre l'espace sous-arachnoïdien en faisant pénétrer un liquide dans la gaine d'un nerf périphérique. Inversement MM. Sicard et Cestan ont nettement établi les rapports des méninges avec les ganglions cranio-rachidiens en poussant l'injection par les espaces sous-arachnoïdiens et en injectant ainsi le nerf de conjugaison et même le ganglion. Les culs de sac fidèles aux racines postérieures, se prolongeraient à peu près toujours au niveau du pôle interne du ganglion considéré sur toute la hauteur du névraxe et notamment au niveau du ganglion de Gasser. Aussi l'on comprend très bien qu'une inflammation ganglionnaire, une gasserite, puisse provoquer une réaction méningée et que celle-ci n'est pas fatalement la conséquence d'une lésion encéphalique, comme le voulait Brissaud.

ORIGINE SYMPATHIQUE. — Elle a été admise par Abadie pour la première fois. Cet auteur semble admettre que les troubles trophiques constitués surtout par des vésicules et de l'œdème ne dépendent que des troubles locaux de la circulation. Dans le zona ophtalmique, par exemple, les lésions sont cantonnées au territoire vasculaire de l'artère ophtalmique. Si cette

théorie est trop exclusive, en attribuant au sympathique régulateur de la circulation, un rôle primordial dans le zona, il n'est pas douteux qu'il est atteint quelquefois assez profondément. Dans les deux autopsies relatées par Thomas et Laminière, ces auteurs avaient bien vu que les rameaux communicants du sympathique étaient partiellement dégénérés et que la colonne intermedio-latérale qui a des rapports anatomiques avec le sympathique présentait quelques altérations cellulaires, causées vraisemblablement par une réaction à distance due elle-même à une irritation et à une destruction des fibres sympathiques. M. Sicard insiste également sur les lésions sympathiques fondées sur certains signes cliniques dont le principal est la douleur du type causalgique, puis les troubles vaso-moteurs, les vésicules, en faveur du sympathique radiculaire et à propos du trijumeau il dit : « Mais à l'inverse des systèmes ganglio-radiculaires du thorax bien ordonnés en tranches métamériques, les métamères supérieurs ont été remaniés pendant leur développement et présentent une désharmonie de voisinage entre les éléments nerveux de type différent : sympathique, sensitif et moteur. Cependant, au nerf trijumeau est annexé le ganglion de Gasser du système radiculo-cordonnal postérieur. Les autres ganglions dits : ophtalmique, sphéno-palatin et otique, appartiennent au groupe sympathique et sont eux-mêmes sous la dépendance du gros ganglion cervical sympathique supérieur. Il y a donc bien désharmonie de voisinage entre les éléments du système sympathique et les fibres sensitivo-motrices, mais la 5^e paire,

au total, forme un tout complet, un petit organite bien agencé dans son autonomie motrice, sensitive et sympathique. »

Ceci nous permet de comprendre les différents types de zonas qui peuvent frapper le massif facial : Zonas trijemellaires sensitivo-sympathiques, frappant une ou plusieurs branches du trijumeau et quand deux branches seulement sont atteintes, il s'agit toujours de branches de voisinage : ophtalmique et maxillaire supérieur ou maxillaire supérieur et inférieur, mais jamais l'atteinte simultanée de l'ophtalmique et du maxillaire inférieur avec intégrité du maxillaire supérieur n'a été notée. De plus il y a participation des ganglions sympathiques. Il existe donc de l'anesthésie cornéenne, des troubles pupillaires, myosis le plus souvent, de l'énophtalmie et de l'aplatissement de la face.

ZONAS ASSOCIÉS TRIJÉMELLAIRES AVEC PARALYSIES MOTRICES OCULAIRES OU MASTICATRICES, — Le voisinage des nerfs moteur oculaires et du nerf masticateur au niveau du ganglion de Gasser explique l'association paralytique possible des branches nerveuses oculaires (moteur oculaire commun le plus souvent) et également la paralysie masticatrice qu'il faut savoir dépister, la lésion unilatérale du nerf masticateur n'entraînant qu'une désharmonie passagère de la fonction masticatrice.

CHAPITRE IV

La Méningite zonateuse.

D'après Claude et Lejonne, l'atteinte isolée des méninges et du névraxe peut être rencontrée. Pratiquement, on peut admettre l'existence de méningites aiguës pures et d'encéphalo-myélites indépendantes. Mais, là encore, du moins en théorie, il ne s'agit pas d'affections purement nerveuses ou purement méningées. Entre ces deux groupes extrêmes, il y a place pour un troisième groupe de faits, dont la fréquence nous apparaît aujourd'hui fort grande, groupe où l'on observe à la fois une atteinte sérieuse des méninges et du système nerveux. Les faits cliniques, anatomiques et expérimentaux, rapportés par ces deux auteurs, démontrent la coexistence d'altérations diverses du névraxe et de ses enveloppes. Au point de vue étiologique, l'infection paraît débiter, suivant les cas, par le névraxe ou par ses enveloppes. Souvent, il est impossible de savoir où s'est faite la première étape, leur atteinte a été probablement simultanée.

La ponction lombaire appliquée pour la première fois par MM. Brissaud et Sicard, à l'étude du zona thoracique, a puissamment contribué à perfectionner notre connaissance du zona. Ils remarquèrent une lymphocytose assez notable, qui fut également trouvée plus tard par Dopter, Widal, Achard, Lœper et Laubry, Chauffard et Boidin ; mais ce furent Chauffard et Frouin qui rapportèrent à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1902, le premier cas de zona ophtalmique avec lymphocytose rachidienne. Cette dernière est accompagnée parfois d'une légère mononucléose, rarement de polynucléose (Achard). L'hyperalbuminose lui est associée, et à elle seule, elle suffirait à témoigner de l'existence d'une réaction méningée. Ces caractères inflammatoires du liquide céphalo-rachidien n'ont pas été rencontrés d'une façon constante, mais il y a tout lieu de croire que des ponctions successives, préconisées par Chauffard, faites à peu de jours d'intervalle, les font apparaître dans la plupart des cas. Ou bien, c'est que l'infection ganglionnaire est trop éloignée des méninges pour les influencer.

L'observation clinique de la méningite zonateuse a été constatée tardivement dans l'histoire du zona. La ponction lombaire, posée comme signe pathognomonique de la réaction méningée, on fut naturellement amené à rechercher les symptômes habituels de la méningite, qui se montrent, en général, très atténués. Chauffard, le premier, rapporta l'observation d'un zona thoraco-abdominal avec Kernig très net et exagération des réflexes rotuliens. Cette observation

devait en amener d'autres, et Chauffard et Rendu apportaient un cas analogue. Il s'agissait d'un zona ophtalmique et maxillaire supérieur (Observation XX), avec réaction méningée tardive, se manifestant par de la raideur douloureuse de la nuque et la bradycardie. La ponction lombaire révéla une lymphocytose abondante. La céphalée fut intense dès le début ; elle est le symptôme le plus constant dont se plaignent les malades, parmi les autres signes de méningite atténuée de l'étage supérieur. Son caractère est d'être encéphalique, profonde, tenace, et doit être distinguée, comme le fait remarquer le Professeur Rollet, des névralgies superficielles.

Dans le zona essentiel, il semble bien, en l'absence de lésions méningées de quelque importance, constatées aux autopsies par Déjerine et Thomas, et la constance des lésions du ganglion, que la méningite révélée par la ponction lombaire est secondaire et due à une propagation infectieuse ganglionnaire aux culs-de-sac arachnoïdiens ; ce qui expliquerait le temps qui s'écoule entre le début du zona et l'apparition de la méningite, sept à neuf jours environ. Il semble aussi qu'un état toxi-infectieux quelconque, tout en retenant sur le système nerveux, et les ganglions cranio-rachidiens en particulier, pourra provoquer en même temps un processus inflammatoire du côté des méninges. Le système méningo-ganglionnaire est pris ensemble, et dans le cas de zona du trijumeau, nous avons une méningo-gassérite primitive. A l'appui de cette théorie, nous savons que la lymphocytose rachidienne s'observe dans divers états infectieux ou

toxiques, tels que : la tuberculose, la syphilis, la rougeole, la scarlatine, la typhoïde, l'alcoolisme, le diabète, etc.

Les réactions méningées et zostériennes sont solidaires, comme le montrent les faits cliniques et anatomiques. Leur union n'a cependant pas pour condition essentielle l'atteinte simultanée du ganglion et de l'arachnoïde, ou bien l'atteinte secondaire de celle-ci. Suivant les cas, le processus toxi-infectieux se propage de l'un à l'autre ou réciproquement. Tantôt le zona constitue la première manifestation du complexus morbide, tantôt il apparaît après le début de la méningite, comme dans le cas de Sicard, qui, neuf jours après le début d'oreillons accompagnés d'un léger Kernig, vit se développer un zona des nerfs sus-orbitaire et auriculo-temporal. La ponction lombaire montra une lymphocytose très nette. De même, Pautrier et Clément Simon virent un zona du trijumeau consécutif à une réaction méningée puriforme, due à une rachistovainisation. Nous pensons, avec Destrem, que la méningite est bien souvent le processus initial dans le zona symptomatique ; elle peut être due à des états toxi-infectieux généraux, tels ceux rapportés plus haut, ou bien elle est consécutive à des lésions de voisinage, comme un traumatisme, une otite, une sinusite. Il semble également démontré que tous les éléments figurés en suspension dans le liquide céphalo-rachidien, sont lentement charriés vers les gaines radiculo-ganglionnaires. On comprend facilement ainsi, que les microbes en circulation dans les espaces méningés, puissent être apportés jusque

dans ces gaines, où leur greffe détermine des lésions de radiculite et de gasserite. On trouve, en effet, assez souvent, dans les autopsies de méningite tuberculeuse, par exemple, de petits nodules tuberculeux greffés en plein tissu ganglionnaire (Tinel).

La séreuse arachnoïdienne, qui se résout en un certain nombre de culs-de-sac eux-mêmes continués par d'autres culs-de-sac sous-arachnoïdiens, dont il est difficile d'apprécier la terminaison, mais qui semblent descendre le long de la face interne du ganglion de Gasser et quelquefois le pénétrer, expliquerait la prédominance des cas de zona ophtalmique sur ceux de zona maxillaire supérieur ou inférieur, car la partie ganglionnaire de la branche de Willis serait peut-être plus souvent ou plus intimément en rapport avec les méninges que celle des deux autres branches. Nous ferons toutes les réserves nécessaires à cette hypothèse, d'autant plus que la méningite pourrait déclencher une gassérite spécifique, due à un virus inconnu et dont le mode d'action sur les cellules nerveuses est encore obscur.

CHAPITRE V

Traitement.

Pour le zona des deux premières branches du trijumeau, comme pour une foule d'autres affections, nous devons nous contenter d'une thérapeutique de symptômes, aucun remède ne s'étant encore montré vraiment spécifique de l'affection, bien que Landouzy ait préconisé le gelsemium sempervirens comme ayant une action spéciale sur la névralgie zostérienne..

Le traitement sera donc à la fois général et local. Et d'abord, afin d'éviter l'éclosion du zona symptomatique, nous traiterons la syphilis, la tuberculose, l'affection nerveuse, toutes les causes premières de l'éruption zostérienne.

Contre la fièvre, l'antipyrine, la quinine, sont particulièrement indiquées.

Pour calmer la douleur et les névralgies souvent tenaces, on aura recours à l'aconit, à la belladone, aux préparations opiacées, à la phénacétine, l'aspirine,

l'Éxalgine. Les injections de morphine seront, autant que possible, bannies.

Pour combattre l'insomnie du début, on emploiera le sirop d'éther, l'hypnal, le chloral.

Le traitement local sera à la fois calmant et antiseptique. On évitera donc, sur la peau, les topiques astringents et irritants (perchlorure de fer, pommade à base de mercure), pour recourir aux poudres inertes : oxyde de zinc, talc, bismuth, ou aux compresses d'eau bouillie chaude.

Du côté de l'œil, les ulcérations cornéennes seront prévenues par l'instillation d'un collyre au bleu de méthylène. S'il y a ulcère déclaré : attouchement à la teinture d'iode et injections sous-conjonctivales. L'instillation préventive de mydriatiques, collyres à l'atropine, ou la duboisine, empêchera les synéchies iriennes, mais il faudra prendre garde à l'hypertension que cause cette médication chez le vieillard et la remplacer parfois par les myotiques.

Lorsque l'éruption aura atteint la muqueuse buccale ou pharyngée, de fréquents lavages à l'eau de Vichy ou à la décoction de pavots donnent de bons résultats. On pourra recourir aux gargarismes à une solution de cocaïne à 1/200, lorsque la dysphagie est intense.

Les ulcérations que laissent les vésicules rompues seront traitées par des antiseptiques faibles : bleu de méthylène à 1/1000, pommade à l'ichthyol ou au rouge écarlate au 1/200. Une application d'acide picrique en solution hâtera la cicatrisation.

Signalons, en terminant, l'action sédative des rayons X à la phase éruptive ou aux périodes douloureuses, et des courants continus ou induits, dans les cas de névralgie rebelle.

Notre Observation I est une démonstration formelle de la possibilité de l'action des rayons X sur l'élément douleur. De très vives douleurs chez un sujet jeune, s'observant très bien, ont cédé complètement à la suite de trois séances de radiothérapie en douze jours, avec une intensité de 2 milliampères, filtrés sur 3 mm. d'aluminium, à 18 centimètres, pendant dix minutes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Service de M. le Professeur ROLLET)

I. — *Zona ophtalmique et Zona maxillaire supérieur gauches (éruption jugale et bucco-palatine, anesthésie).*

D..., 28 ans. Vient à la consultation d'ophtalmologie le 11 février 1924, pour céphalée péri-orbitaire de l'œil gauche, datant de 8 à 10 jours. L'examen pratiqué ne montre rien d'anormal. Il est envoyé dans le service du Docteur Rebattu, pour examen des sinus (examen négatif).

Dans les antécédents héréditaires, on ne peut rien noter de particulier : son père est mort jeune, d'une affection inconnue ; sa mère est morte à 35 ans, des suites d'un accident. Pas de fausses couches connus.

Plusieurs frères et sœurs morts en bas âge. Actuellement, un frère et une sœur bien portants. Il est marié, un enfant en bonne santé.

Le malade ne possède aucun souvenir précis sur les maladies de son enfance. En 1912, il contracte le paludisme en Orient ; il a des accès de fièvre assez espacés, qui sont traités par la quinine, pendant deux ans. A la suite de ce traitement, les accès cessent ; mais, en 1921, un nouvel accès nécessite son hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, pendant quinze jours. Depuis, pas de nouvelle manifestation paludique.

En septembre 1915, un projectile provoque, par contre-coup, une déchirure chorio-rétinienne périphérique. Il

s'enrhume régulièrement tous les hivers, depuis son retour du front, mais l'examen pulmonaire, qui a été fait plusieurs fois, n'a pas décelé de signes de bacillose. Le malade a maigri de 16 kilos après sa blessure, mais il a repris en partie son poids normal. On ne peut noter aucun antécédent spécifique.

Le 15 janvier 1924, il est atteint d'une angine, accompagnée de coryza et de conjonctivite. Un médecin appelé diagnostique une grippe bénigne et le met au repos. Il reprend son travail le 26. Le malade n'a pas eu de fièvre ; il présentait simplement des quintes de toux fréquentes et une expectoration matinale assez abondante.

C'est à partir du 26 janvier que le malade ressent des douleurs intra-oculaires à gauche ; la pression du globe est douloureuse. En même temps, sensation de brûlure à la région frontale du même côté ; ces douleurs sont tolérables, elles sont continues, mais s'accroissent vers 4 heures du soir jusqu'au matin. La lecture le fatigue, pas de diminution de l'acuité.

Le 11 février au soir, une éruption apparaît à gauche, siégeant principalement sur le front, empiétant sur la racine du nez, la paupière supérieure et la partie antérieure de la région temporale. Elle commence par de petites macules rouges, surélevées, douloureuses, qui font rapidement place à des vésicules. Cette éruption s'est faite en deux heures.

Le 12, le malade vient à la consultation d'ophtalmologie où un zona ophtalmique est diagnostiqué. L'éruption est nettement localisée à gauche, ne dépassant pas la ligne médiane, pour gagner la partie droite du front et du nez. Pas d'anesthésie cornéenne ni conjonctivale.

Le 15, les douleurs sont très vives et presque intolérables le soir, l'air frais seul soulage le malade, à l'exclusion des divers analgésiques employés. L'examen montre, en plus de l'éruption précitée, une petite vésicule de la région malaire, une éruption discrète de la moitié gauche du voile du palais à l'union du voile et de la voûte, avec une vésicule très apparente sur la ligne médiane. La paupière supérieure est œdématisée et présente du ptosis ; la conjonctive est rouge ; l'acuité est diminuée. On sent des ganglions sous l'angle



de la mâchoire et au devant du tragus. Plusieurs petites vésicules se voient dans la fosse nasale gauche. L'exsudat vésiculaire contient de nombreux pneumocoques. La dentition est mauvaise à droite. L'examen de la sensibilité révèle, toujours du côté gauche, de l'anesthésie des régions suivantes : région frontale jusqu'au sinciput, moitié antérieure de la région temporale, région sourcillière, palpébrale, sous-orbitaire et malaire. A l'intérieur de la cavité buccale, nous trouvons de l'anesthésie de la voûte palatine, de la partie antérieure du voile du palais et des gencives supérieures. Il est à remarquer que le malade n'a pas eu de fièvre au cours de sa maladie.

Le 19, on fait une séance de radiothérapie, qui provoque une sensation de brûlure ; mais le soir, la douleur s'apaise et le malade souffre bien moins que les jours précédents. A la suite de cette séance, les vésicules sèchent, se fiétrissent et des croûtes se forment. Plusieurs vésicules ont disparu sans laisser de traces. Le 22, deuxième séance.

Le 24, douleur intra-oculaire, avec diminution de l'acuité à gauche. Les pupilles réagissent bien. L'anesthésie cutanée a fait place à de l'hypoesthésie occupant la même étendue. La sensibilité palatine et gingivale est redevenue normale. L'éruption palatine a complètement disparu, sans laisser de trace.

Une autre séance de radiothérapie est faite, la douleur revenant, on s'arrête. Un mois plus tard, il ne reste plus que quelques cicatrices profondes sur le front.

Il a donc été fait, au total, trois séances de radiothérapie en douze jours, avec une INTENSITÉ DE 2 MILLI-AMPÈRES, FIL-TRÉS SUR 3 $\frac{m}{m}$ D'ALUMINIUM, A 18 $\frac{\%}{m}$, PENDANT 10 MINUTES.

OBSERVATION II (inédite)

(Service de M. le Professeur ROLLET)

II. — *Zona ophtalmique et Zona maxillaire supérieur droits (anesthésie).*

M..., 61 ans, entre le 9 octobre 1924, à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Le début de l'affection remonte au 6 septembre. La malade fut prise d'une céphalalgie violente, localisée à droite. Elle consulta le Docteur Aligret, qui la fit hospitaliser à l'hôpital de Saint-Symphorien. A son entrée, on constate le début de l'éruption de zona ; la moitié droite de la tête fut alors entièrement rasée. Quelques jours après, apparition de signes oculaires : douleur, photophobie intense, blépharo-spasme. Puis, progressivement, apparition de blépharite au niveau de la paupière supérieure. La malade entre dans le service pour ces troubles oculaires.

A l'examen : on note sur toute la moitié droite de la calotte crânienne et sur la région fronto-temporale correspondante, l'existence d'une éruption de zona à des stades divers ; on voit quelques vésicules et pustules au milieu de lésions en voie de cicatrisation et recouvertes de croûtes. Quelques petites macules. On note une anesthésie limitée en arrière par une ligne passant par le sommet de la suture pariéto-occipitale, à gauche par la ligne médiane, du côté droit l'anesthésie descend jusqu'à la partie supérieure de la fosse temporale. Au niveau de la fosse, il n'existe qu'un peu de paresthésie, de même qu'au niveau de la paupière supérieure. La même paresthésie se retrouve au niveau de la région sous-orbitaire et de la région malaire. Le domaine du maxillaire inférieur est intact. Rien à l'examen de la bouche ; l'examen de la musculature externe est normal.

Mydriase atropinique. Léger trouble superficiel et interstitiel de la cornée. Opacité cristallinienne au début. Pas de différence nette du tonus. Anesthésie conjonctivo-cornéenne marquée. Wassermann négatif.

OBSERVATION III

(HUTCHINSON)

Enfant de 5 ans. Vésicules sur les deux paupières, surtout sur la paupière supérieure. Quelques-unes sur le côté du nez, près de l'angle interne de l'œil. Une douzaine s'étendant de l'angle externe vers l'oreille. Distribution insolite, mais l'observation est fort incomplète. Pas de détail sur l'œil ; il est cependant dit dans le catalogue que l'enfant avait une ophtalmie.

OBSERVATION IV

(HUTCHINSON)

Homme de 64 ans. Eruption sur le front, la moitié supérieure du nez, les deux paupières, la joue. Conjonctive congestionnée. Un mois après, douleurs sur le front, un peu de sensibilité au bord inférieur de l'orbite, la cornée devint visqueuse, dépolie, piquetée, la pupille deux fois plus large que l'autre, immobile, ovale de haut en bas, l'iris clair, sans adhérences visibles. La cornée restera trouble pendant quelques mois.

OBSERVATION V

(JOY JEFFRIES)

Femme de 55 ans bien portante. Vraisemblablement, après un refroidissement, violente douleur, la nuit, dans le front droit et la moitié de la face. Eruption sur le front, les deux paupières, la lèvre supérieure, le côté du nez. Après quelques jours, à la chute des croûtes, les cicatrices sont à peine marquées. Œil sain, très légère injection ciliaire et conjonctivale.

OBSERVATION VI

(DE HAEN)

Homme jusque-là bien portant. Après l'arrachement d'une dent, à la suite de violentes odontalgies, éruption sur le front gauche, les paupières, la joue. Œil sain.

OBSERVATION VII

(JENNER-RINGER)

Jeune garçon de 17 ans. Eruption sur le front gauche, le côté du nez, la partie supérieure de la face, l'os malaire, jusqu'à la lèvre. Conjonctivite.

OBSERVATION VIII

(CHARCOT)

Femme de 70 ans. Décembre 1866. Depuis quelque temps, douleurs vagues dans le côté gauche de la face ; deux ou trois jours avant l'éruption, élancements très douloureux. Eruption suivant très exactement les divisions du frontal et du sous-orbitaire, région malaire, joue. Maximum de douleurs dans la tempe, avec irradiation vers le cuir chevelu. Point douloureux sus et sous-orbitaire. Conjonctive rouge, chémosis. Les douleurs, un mois après, ont, en partie, cédé à la quinine. A la fin du mois de janvier, l'éruption n'a laissé d'autres traces de son passage que quelques petites croûtes fines au sourcil.

OBSERVATION IX

(PANAS)

Garçon de 3 ans. A la suite du croup, éruption de vésicules hérpétiques sur les deux paupières droites, sur la joue, avec blépharo-conjonctivite.

OBSERVATION X

(BOWMAN)

Homme de 53 ans, matelot. Novembre 1864. Violente douleur dans la tête, suivie d'une éruption à gauche sur le front, le côté du nez, les paupières, la joue. Kératite. Deux ans après l'éruption, existent encore une sensation d'engourdissement, une grande sensibilité au toucher, de fréquents élancements aigus et douloureux dans la tempe et le côté gauche de la tête. Division du nerf supra-orbital et de l'infra-orbital. Soulagement considérable. La surface interne du nez resta seule très sensible.

OBSERVATION XI

(COHN et JACKSCH)

Jeune homme de 17 ans. Conditions hygiéniques d'habitation mauvaises. Bonne santé, sauf un rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 12 ans. Le 30 novembre 1868, sans aucun phénomène antérieur, vésicules sur le front gauche, accompagnées, les jours suivants, de douleurs piquantes ou brûlantes. La fente palpébrale diminue d'un quart ; la température, du côté malade, est de 1° supérieure à celle du côté sain (36° 1/2). Conjonctivite modérée ; la sensibilité de la peau est amoindrie entre les vésicules. L'état général est bon.

Le 4 décembre, éruption sur le côté gauche du nez, la lèvre supérieure. Douleurs vives dans la mâchoire supérieure, les dents, la paupière supérieure, qui est pendante, quoique modérément œdématisée. Quelques vésicules sur le voile du palais. Douleurs à la déglutition. Le 12 décembre, larmoiement, douleurs oculaires, trois fines infiltrations superficielles de la cornée, au niveau desquelles tombe l'épithélium. Conjonctive peu injectée ; pupille plus étroite ; iris normal et bien dilaté par l'atropine. Le 14 décembre, les douleurs ont cessé. Le 20 décembre, l'œil est normal ; pas de cicatrice cutanée.

OBSERVATION XII

(LALLIER)

R... Henri, 63 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 26 novembre 1867. Dans ses antécédents, ce malade nous présente deux choses à noter : depuis de longues années, il habite un rez-de-chaussée humide ; sa nourriture, quantité et qualité, laisse souvent à désirer. Depuis quinze jours, le malade est entré à la Compagnie du Gaz, comme allumeur de lanternes. Il y a environ dix jours, il a été exposé à une pluie continuelle. Il est rentré chez lui, ses vêtements trempés. Dans la nuit suivante, il a été exposé à la même influence. Le lendemain matin, le malade éprouva des frissons et eut beaucoup de peine à se réchauffer. Puis, survinrent des démangeaisons, mais sans douleurs très vives, dans toute la partie latérale droite de la face. 48 heures après le début de la douleur, des boutons se sont montrés dans le cuir chevelu, et depuis deux jours seulement, ils ont envahi la région frontale. Depuis le début, il y a inappétence. Pas de nausées, pas de vomissements. Les frissons n'ont plus reparu ; mais le malaise général persiste.

Etat actuel : Une éruption occupe la région frontale droite, la paupière supérieure et la paupière inférieure, dont elle ne dépasse pas les limites. La même éruption se prolonge sur le cuir chevelu, jusqu'au niveau de la suture lambdoïde. L'éruption ne dépasse pas la ligne médiane. Au front, la

peau est le siège d'une éruption assez intense et la congestion atteint son maximum au niveau des paupières. Sur ce fond rouge, on observe une multitude de vésicules confluentes, qu'il est impossible de réunir en îlots.

Les vésicules sont de volume variable. Quelques unes ont la dimension d'une tête d'épingle ; d'autres, réunies entre elles, forment de véritables phlyctènes. Le liquide de ces vésicules est clair et transparent ; on n'observe pas de rougeur de la peau, mais on voit des vésicules de même aspect. Le malade accuse quelques démangeaisons, mais pas de douleur, pas de cuisson. Il est survenu, cependant, quelques élancements comparables à des piqûres d'épingle, qui ont troublé le repos dans la dernière nuit. La douleur ne suit pas le trajet du nerf trijumeau. La pression au niveau des trous sus et sous-orbitaires n'est pas douloureuse.

Le 27 novembre, quelques vésicules sont effacées ; d'autres se sont rompues et ont donné naissance à des croûtes jaunâtres, encore molles. On remarque enfin quelques vésicules affaissées, au-dessous desquelles il y a une teinte ecchymotique. Bain savonneux.

Le 28, constipation depuis quelques jours. Huile de ricin, 15 gr. L'éruption est touchée avec du perchlorure de fer alcoolique.

Jours suivants : l'œdème s'est propagé à la moitié gauche de la face, puis il diminue. Douleurs vagues dans le membre supérieur droit, assez vives pour empêcher le sommeil, mais ne suivant aucun trajet nerveux. Douche de vapeur. Léger ectropion de la paupière inférieure, déterminé par l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. Collodion sur la paupière inférieure. Le 24 novembre, exeat.

OBSERVATION XIII

(RAYER)

Homme de 70 ans, côté gauche. Eruption sur le front, la tempe, côté du nez, joue. Nerfs pris : frontal et quelques rameaux de la deuxième branche du trijumeau. Œil intact.

OBSERVATION XIV (résumée)

(PACTON)

X..., étudiant en médecine. Pas d'antécédents. Le 2 janvier 1876 : chatouillement à la racine du nez, à gauche, puis démangeaison cuisante, rougeur. Le 3, petites vésicules, agglomérées. Les paupières supérieure et inférieure, les sourcils, la joue gauche sont le siège de plaques rouges douloureuses. Le 4, l'œil devient rouge. Des vésicules se montrent en grand nombre sur la joue gauche, le nez, les paupières et l'arcade sourcillière, pas sur le front ; des phlyctènes se forment à la racine du nez. Œdème considérable de ce côté. Rien à droite. En somme, éruption sur : sourcil, paupière, œil, joue, région temporale, lèvre supérieure, à gauche. En même temps, éruption du même côté sur la muqueuse nasale. Dès ce moment, perte de l'appétit ; pas de fièvre ; frisson très léger.

Les vésicules se réunissent en phlyctènes de la grosseur d'un pois au plus.

Sur la moitié antérieure de la région temporale, existent trois plaques rouges, surmontées de vésicules. Sur le nez, cinq à six plaques rouges avec vésicules et phlyctènes, de la racine à l'extrémité. Le malade ressent des douleurs vives, insupportables, dans les sourcils et la moustache. Inappétence. Légère photophobie.

Le 6, le contenu des vésicules se trouble, quelques phlyctènes se crèvent et laissent échapper un liquide louche. Des croûtes se forment, qui tombent à partir du 20 ; en même temps, l'œdème disparaît, mais les démangeaisons augmentent. Anesthésie sur toute la région où a lieu l'éruption. Guérison progressive, avec cicatrices.

OBSERVATION XV (résumée)

(GALEZOWSKI)

Jeune fille, 15 ans, 25 mars 1869. Herpès de la paupière supérieure, du côté gauche. Follicules nombreux ; une quinzaine près du bord. Même éruption discrète sur la lèvre supérieure et l'aile du nez. Toute la paupière supérieure est œdémateuse depuis deux jours, sans douleur. Arséniate de soude à l'intérieur ; précipité blanc, avec morphine en pommade.

OBSERVATION XVI (résumée)

(GALEZOWSKI)

Femme, 48 ans, 18 janvier 1877. Herpès de la joue droite et des paupières du même côté, avec œdème consécutif. Névralgies dans la moitié de la tête. L'année dernière, même affection.

OBSERVATION XVII (résumée)

(OLLIVIER)

P., 54 ans, entre à la Charité annexe, le 14 mai 1871. Père mort phthisique. Dans son enfance : croûtes dans les cheveux, maux d'yeux fréquents, pas d'abcès froids, pas de rhumatisme. Syphilis à 28 ans. Depuis un an : sueurs nocturnes, asthénie.

Après un refroidissement : coryza avec mal à la gorge, accompagnés de céphalalgie frontale.

La céphalalgie augmente, de légers frissons apparaissent, courbature générale. Un matin, il ressentit sur le côté gauche de la face, une cuisson insupportable ; la tempe gauche présentait de petits boutons blanchâtres, qui envahissaient

le front. Les jours suivants, d'autres apparurent sur la moitié gauche de la lèvre supérieure et autour de l'œil. Douleurs lancinantes.

A l'examen : rougeur inflammatoire du côté gauche de la face. Vésicules sur le front, de la racine du nez jusque dans le cuir chevelu. Sur la moitié antérieure de la tempe gauche est une plaque rougeâtre ulcérée. Hypérémie conjonctivale, larmolement. Plusieurs groupes de vésicules au niveau du trou sous-orbitaire, la moitié gauche de la lèvre supérieure.

L'éruption est accompagnée d'une douleur très vive. Rougeur diffuse bucco-pharyngée, du côté gauche, avec quelques vésicules. Dans la narine, du même côté, on trouve des vésicules.

Bon état général, pas de fièvre. Sommet du poumon gauche suspect.

Dans la suite, les phénomènes douloureux s'amendent, les croûtes, qui ont remplacé les vésicules, tombent. Un mois après le début, le malade sort complètement guéri, avec quelques cicatrices sur la tempe.

OBSERVATION XVIII

(JOS. GRINDON)

Un enfant âgé de 7 ans se présente à la Clinique du Médical Collège, à Saint-Louis. Dans les parties innervées par le nasal interne, le nasal externe, branches de l'ophtalmique et les branches temporo-maxillaire et sous-orbitaire du maxillaire supérieur gauche, se trouvent des groupes de vésicules de zona ophtalmique et des pustules.

La conjonctive palpébrale et oculaire du même côté est fortement injectée.

Pouls : 112 ; température : 38°9. L'apparition de vésicules a été précédée, deux jours avant, de douleurs légères siégeant dans la région atteinte. La mère nous apprend qu'à l'âge de 6 mois, il avait eu un foyer de zona au-dessous de l'œil, zona qui récidivait tous les cinq à six mois. Mais, jusqu'à cette attaque, jamais l'ophtalmique n'avait été atteint.

OBSERVATION XIX

(ACHARD et CASTAIGNE)

Homme de 69 ans, pendant la convalescence d'une pneumonie, eut, du côté droit, plusieurs groupes de vésicules zostériiformes siégeant au niveau de l'angle externe de l'œil, de la racine du nez et de l'émergence du nerf maxillaire supérieur. Pas de vésicule sur la cornée, mydriase du côté droit, constatée encore un an après la cicatrisation complète.

OBSERVATION XX (résumée)

(CHAUFFARD et RENDU)

Homme de 29 ans, sommelier. Antécédents personnels : oreillons à 21 ans, pas de syphilis, léger alcoolisme. Début le 13 octobre, rougeur en plaque de la région frontale et la pupille supérieure du même côté.

Vésicules confluentes, ne dépassant pas la ligne médiane, descendant jusqu'à l'angle du nez. En arrière, l'éruption se perd dans le cuir chevelu. Douleur spontanée, exagérée par la pression. Léger œdème bilatéral. Conjonctivite droite, avec larmoiement. Chaîne ganglionnaire derrière le sterno-mastoïdien droit.

Le 14 octobre, apparition d'une plaque d'herpès sur la voûte palatine, à droite, vers la partie moyenne du voile membraneux.

Les vésicules subissent une transformation purulente ou purpurique et un état suppuratif très accusé. Cicatrisation régulière.

Le 23 octobre, anesthésie totale de la zone éruptive.

Le 14 novembre, exagération très nette des réflexes rotuliens, minime des réflexes achilléens. Babinski en flexion. Réflexes lumineux normaux. Légère mydriase de la pupille droite.

Au cours de ce zona, la température monta jusqu'à 40°.

Ponctions lombaires en série : liquide clair, nombreux lymphocytes. Quelques cellules plus volumineuses, à gros noyau. Cultures négatives.

OBSERVATION XXI

(GINESTOU)

Victor B..., âgé de 8 ans, se présente à la consultation le 26 avril 1907. Pas d'antécédents. On note seulement une conjonctivite phlycténulaire de l'œil droit à 2 ans, guérie par la pommade à l'oxyde jaune.

L'enfant raconte qu'un camarade lui lança du sable dans l'œil vers le 23 et rapporte tous ses malaises à ce fait. Deux jours après, il eut de la céphalée, quelques frissons et des vomissements. Le jour où il fut présenté à la consultation, on note la présence de vésicules à la région frontale, de la photophobie et une injection assez intense de sa conjonctive.

L'éruption siège sur la région frontale latérale droite, les paupières du même côté, sur la partie correspondante du nez. Pas de vésicule sur la cornée ou la conjonctive. La sensibilité cornéenne est conservée. Rien aux urines.

OBSERVATION XXII

(André THOMAS et HEUYER)

Malade âgée de 72 ans, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 1^{er} décembre 1911, pour des douleurs intenses (sensation de brûlure) dans la moitié gauche de la face, avec une prédominance marquée pour le domaine de la branche ophtalmique. Presque en même temps apparaissent des vésicules larges et confluentes, transparentes et non hémorragiques, sur la moitié gauche du front et les parties voisines du cuir chevelu. La paupière supérieure gauche est œdématisée et recouvre presque totalement le globe de l'œil ; la

conjonctive est injectée : on y découvre quelques vésicules. Une sérosité louche s'écoule sous la paupière. Il existe également quelques vésicules dans la fosse nasale gauche et sur la face externe du nez. Enfin, quelques vésicules aberrantes sur la lèvre supérieure. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à la convergence. L'hyperesthésie cutanée est manifeste dans le territoire innervé par l'ophtalmique ; elle fait défaut dans celui du maxillaire inférieur.

OBSERVATION XXII (résumée)

(PROUST)

Femme, 36 ans. Clinique du Professeur de Lapersonne. Père et mère morts bacillaires. Depuis la mort de son mari, a maigri de plusieurs kilos.

Anorexie. Fatigue générale. Céphalées sourdes, tenaces, a prédominance frontale. Au début de janvier : redoublement de la céphalée, avec frissons, nausées, courbature. Le 19, apparition, sur le côté gauche du front, d'une éruption.

Examen, le 23 : éruption zonateuse groupée par bouquets confluent de 6 à 8 éléments, sur le territoire des nerfs lacrymal, frontal, nasal externe, nasal interne. Du même côté, la joue est tuméfiée et présente en son centre un semis de petites vésicules. Un placard discret, au niveau de la lèvre supérieure. Le nerf maxillaire supérieur est donc pris.

Œil gauche : paupières rouges, tuméfiées. Conjonctivite, larmolement, photophobie. Hypoesthésie cornéenne. Pupille large et immobile. Iris terne, quelques synéchies postérieures. Fond d'œil normal. Tension augmentée : 55 mm. VOG = 0,4. Léger strabisme convergent. Diplopie homonyme gauche. Mouvements nystagmiformes dans le regard latéral gauche. Donc : parésie du droit externe gauche.

Examen général : induration pulmonaire du sommet droit, confirmée à la radioscopie.

Légère température vespérale. Wasserman négatif.

Première ponction lombaire négative.

La malade continue à souffrir de maux de tête à caractère encéphalalgique et nauséux, avec gêne dans les mouvements du cou. Constipation. Pouls : 60.

Deuxième ponction lombaire : lymphocytose.

Amélioration rapide.

OBSERVATION XXIV

(PASSERA)

Un soldat de 21 ans se présente avec un état fébrile léger et une éruption typique d'herpès zoster sur le territoire de distribution des premier et deuxième rameaux du trijumeau, des deux côté. L'éruption occupait tout le front, la peau des sourcils, de la paupière supérieure (sauf dans le tiers interne), la commissure palpébrale inférieure, la région sous-orbitaire et tout le nez moins la racine.

On constatait une hypoesthésie tactile, sans troubles de la sensibilité thermique. Sensibilité cornéenne intacte, mais avec légère anesthésie tactile de la conjonctive bulbaire dans le segment inféro-externe.

Sur la conjonctive bulbaire gauche, du côté nasal, on constate la présence d'une petite vésicule d'herpès. A gauche, il existait une légère hypotonie.

Le cours de la maladie fut bénin et rapide. Il subsista seulement pendant quelque temps une légère hypoesthésie tactile de la région envahie par le zona.

ZONAS FRUSTES. — Rayer, le premier, mit en relief l'importance des douleurs névralgiques au cours du zona ; jusqu'à lui, c'est au seul processus éruptif que s'étaient limitées les études. Les observations de Romberg, Heusinger, Hebra vinrent confirmer la notion nouvelle de Rayer, et Parrot, en 1856, déclarait même que le zona était toujours une manifestation secondaire à l'existence d'une névralgie. Il était évident que, surtout chez les vieillards, les phénomènes de névralgie, débutant avant l'éruption et lui survivant, étaient beaucoup plus importants, de par leur étendue, leur durée et leur intensité, que l'éruption elle-même.

En 1903, Sicard ajoutait : « Peut-être est-il possible de synthétiser plus encore l'importance de l'élément douleur et de décrire un zona fruste, exclusivement abortif au point de vue de l'éruption. » Il rapportait, en même temps, plusieurs cas de zonas névralgiques observés dans le service de Brissaud. Un peu plus tard, certaines observations de MM. Widal, Minet et Tinel confirmèrent l'opinion de Sicard.

Nous n'avons pas trouvé de zona purement névralgique des deux premières branches du trijumeau. Dans les deux observations suivantes, l'éruption siège sur l'ophtalmique ou le maxillaire supérieur seulement, mais la douleur envahit les territoires cutanés innervés par ces deux nerfs, et nous donne l'impres-

sion que le processus zonateux, parti du ganglion de Gasser, a gagné les nerfs périphériques, avec une intensité inégale, qui n'a pu aller jusqu'au stade vésiculeux pour l'un des deux.

OBSERVATION XXV (résumée)

(LETULLE)

P..., cuisinier, 51 ans, entre le 25 avril 1880, dans le service de Velpeau, à la Charité.

Le 19 avril, en se levant, il ressentit dans toute la région frontale droite et au niveau de l'angle externe de l'œil droit, une douleur vague, sorte de gêne et de pesanteur, qui persista toute la journée pendant son travail.

Le 20, la douleur était devenue très vive, insupportable, dans toute la région fronto-pariétale droite, s'irradiant dans la paupière dont le bord était le siège d'une sensation de cuisson très pénible. Depuis ce jour, jusqu'à son entrée à l'hôpital, cette douleur diffuse n'a fait que s'accroître ; elle est devenue atroce ; hier, enfin, une éruption vésiculeuse a commencé à se produire au niveau des régions douloureuses.

Etat actuel : l'éruption constituée par des vésicules jaunes brunâtres, légèrement affaissées et réunies en plaques, occupe sur la région frontale droite un espace parfaitement limité à gauche par la ligne médiane, à droite par une verticale passant par le milieu du sourcil.

La racine du nez, du côté droit, la paupière supérieure droite, au niveau de l'angle interne de l'œil, sont également le siège d'une éruption vésiculeuse. Le cuir chevelu est respecté. Tout le reste de la région frontale droite, les deux paupières et la presque totalité de la joue droite sont le siège d'une douleur très vive et d'une desquamation épidermique ; les régions érythémateuses sont envahies par un œdème très notable qu'on constate également, mais moins

vif, dans la région pariéto-temporale droite. Sur l'aile droite du nez, se voit en outre un autre îlot de vésicules contenant un liquide incolore.

L'œil droit s'ouvre difficilement, à cause du gonflement des paupières. Les conjonctives sont rouges et gonflées, la cornée et l'iris sont normaux. Pas de photophobie. Rien dans la cavité buccale. La sensibilité semble diminuée dans le voisinage des plaques herpétiques.

Dès le surlendemain de son entrée, la douleur a presque complètement disparu : la pression sur les points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires est encore pénible.

Les ganglions sous-maxillaires droits et gauches sont douloureux et tuméfiés.

Le 20 avril, abondante suppuration sous les croûtes formées par l'éruption. On y découvre quelques plaques gangréneuses.

Jours suivants : l'œdème des joues a diminué, suppuration abondante. Cicatrisation rapide. Quelques douleurs dans la face, dans la région du sous-orbitaire et du nasal.

Le 10 mai, la cicatrisation est complète, mais le malade est atteint d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. Le 30 mai, le malade est presque guéri.

OBSERVATION XXVI

(RABBÉ)

X..., vient le 4 janvier 1855, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption vésiculeuse de la joue droite. On fait le diagnostic de zona de la branche sous-orbitaire du maxillaire supérieur.

Le 3, il se trouve un peu souffrant, mal à l'aise, anorexie, dégoût pour les aliments, nausées, de l'affaiblissement musculaire. Il éprouve dans la moitié droite du visage, une douleur vive, surtout au-dessus de l'œil et dans la région sus-orbitaire. Cette douleur s'accompagnait d'une exagération de la sensibilité cutanée, car le moindre frottement sur le

front et la joue de ce côté était douloureux. En même temps, il remarqua un peu de rougeur, sous forme de points espacés et séparés sur la joue. Le lendemain, l'éruption s'était développée et les vésicules étaient à la période d'état.

Lors de notre examen, nous voyons, sur la partie moyenne de la joue droite, un groupe d'une trentaine de vésicules isolées les unes des autres, formant un placard irrégulièrement triangulaire à base supérieure. Cette éruption s'arrête en haut, un peu au-dessous de la paupière inférieure; en bas, elle dépasse l'extrémité inférieure du nez. En dedans, elle s'avance tout près du sillon naso-génien. En dehors, elle s'étend jusqu'à la partie moyenne de la joue. Toute cette surface est rouge, avec, par ci par là, quelques îlots de peau saine irrégulièrement découpés, ce qui tient à ce que les aréoles, confluentes en certains points, ne le sont pas en d'autres.

Les vésicules sont claires, transparentes, d'apparence nacrée, du volume d'un grain de chenevis. Leur centre est aplati et même légèrement concave; l'aspect de ces vésicules est absolument caractéristique et le diagnostic de zona s'impose. Douleur oculaire, avec rougeur. Le quatrième jour, légère paralysie faciale.

CONCLUSIONS

I. — Le zona ophtalmique est d'observation fréquente ; le zona maxillaire supérieur est, au contraire, de constatation exceptionnelle. Moins rare est l'association des zonas ophtalmique et maxillaire supérieur ; aussi, pouvons-nous en rapporter quelques cas, dont deux inédits, recueillis à la Clinique de M. le Professeur Rollet.

II. — Le zona ophtalmique est une affection caractérisée par une triade symptomatique : 1° douleur ; 2° exanthème (zona frontal, nasal, temporo-lacrymal) ; 3° troubles oculaires (zona oculaire). Le zona du maxillaire supérieur se manifeste par la douleur et l'éruption. On peut donc avoir, dans l'association des zonas ophtalmique et maxillaire supérieur que nous étudions, le zona palpébral complet, l'exanthème occupant les deux voiles innervés par des nerfs différents.

III. — L'élément douleur semble le signe le plus constant, le plus intense et, par conséquent, le plus important. Il sera donc fréquent d'observer des zonas à éruption très discrète, intéressant quelques filets nerveux, alors que la douleur intéresse la totalité du nerf (anesthésie douloureuse).

IV. — La pathogénie de ce zona trijemellaire incomplet reste toujours obscure. Peu d'affections ont soulevé autant de controverses et suscité autant de théories diverses. Il semble aujourd'hui que divers états toxi-infectieux, plus peut-être qu'un virus spécifique encore inconnu, puisse provoquer une lésion radiculo-ganglionnaire.

V. — De toutes les lésions anatomo-pathologiques rencontrées, celles du ganglion de Gasser et de sa racine sensitive semblent les plus constantes et les premières en date. La « gasserite » serait donc la cause du zona. La séreuse arachnoïdienne entre en contact avec le ganglion de Gasser et forme un système méningo-gassérien réagissant solidairement à l'infection.

VI. — Le traitement spécifique n'existant pas, une médication symptomatique s'impose. Elle consistera, avant tout, à prévenir les complications oculaires et à calmer la douleur. Les antiseptiques sont indiqués pour prévenir les infections suppuratives secondaires et la radiothérapie pour calmer les souffrances.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROLLET

LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 Octobre 1924

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD et CASTAIGNE. — Zona céphalique. *Gazette hebdom. de Médec. et Chirurg.*, 1897.
- ACHARD. — Zona ophtalmique. Pathogénie du zona. *Paris Médical*, 1924.
- AVENIER. — Méningite zonateuse. *Thèse de Paris*, 1908.
- BLACHEZ. — Le zona ophtalmique. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.
- BRISSAUD. — La métamérie spinale et la distribution périphérique du zona. *Bulletin Médical*, 1896.
- BURIN-DESROZIER. — Zona de la deuxième branche du trijumeau. *Thèse de Paris*, 1904.
- CAMUS. — Zona de la face. *Thèse de Paris*, 1880.
- CARRÉ. — Du zona ophtalmique. *Union Médicale*, 1879.
- CASSÉ. — Zona de la troisième branche du trijumeau. *Thèse de Paris*, 1902.
- CHAMPION. — Du zona. *Thèse de Paris*, 1900.
- CHAUFFARD et FROUIN. — Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1902.
- CLAUDE et SCHEFFER. — Le zona paralytique des nerfs crâniens. *Presse Médicale*, 1911.
- DESOBRY. — Le zona ophtalmique chez l'enfant. *Thèse de Lyon*, 1920.
- DESTREM. — Acquisitions récentes sur la pathogénie du zona. *Thèse de Paris*, 1915.

- DOPTER. — Méningite ourlienne avec zona du trijumeau. *Progrès Médical*, 1908.
- DUCLOS. — Traitements électriques du zona. *Thèse de Paris*, 1909.
- DUMÉRY. — Le zona ophtalmique et ses manifestations graves. *Thèse de Lyon*, 1896.
- DUPAU. — Zona facial et paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1898.
- GAUDU. — Paralysie faciale dans le zona. *Thèse de Paris*, 1901.
- GINESTOU. — Zona ophtalmique chez l'enfant. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 1907.
- HUGENSCHMIDT. — Herpès zoster buccal et gingival. *Revue Odontologique*, 1889.
- HUTCHINSON. — *Royal London ophthalmic hospital reports*, 1866.
- HYBORD. — Du zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1872.
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — Précis de neurologie oculaire, Paris, 1910.
- LAQUEUR. — Etude de l'herpès frontal. *Annales de dermatologie*, 1870.
- LEBEL. — L'adénite primitive du zona. *Thèse de Paris*, 1920.
- MARGAROT. — Zona et méningite. *Thèse de Montpellier*, 1910.
- MAY et BOUIN. — Traité d'ophtalmologie, 1920.
- NETTER. — Identité d'origine entre un certain nombre de zonas et la varicelle. *Thèse de Paris*, 1921.
- OLLIVIER. — Angine herpétique et zona de la face. *Société biologique*, 1871.
- PACTON. — Du zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1878.
- PASSERA. — *Giornal di medic. militar*. Mars 1920.
- PÉRIÉ. — Zona et ponction lombaire. *Thèse de Lyon*, 1903.
- PIERRON. — Contribution à l'étude des manifestations oculaires du zona ophtalmique. *Thèse de Lyon*, 1920, et *Clinique ophtalmologique*, 1921, p. 133.

- PROUST. — Réaction méningée dans le zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1920.
- RABBÉ. — Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona. *Thèse de Paris*, 1896.
- ROGER. — Le zona. *Gazette des Hôpitaux*, 1923.
- ROLLET. — La distribution des filets terminaux du nerf lacrymal. *Société de Médecine de Lyon*, juillet 1896.
- Zona ophtalmique et zona oculaire. *Journal de Médecine de Lyon*, 1920.
- ROUHER. — Zona et tuberculose, *Thèse de Paris*, 1897.
- SERMAKECHIAM. — Zona de la troisième branche du trijumeau. *Thèse de Paris*, 1913.
- SICARD, ROGER, VERNET. — Le zona de la face. *Revue de Neurologie*, 1919.
- SULZER. — Contribution à l'étude du zona ophtalmique. *Thèse de Paris*, 1898.
- THOMAS. — Les lésions ganglio-radiculaires du zona. *Revue de Neurologie*, 1907.
- THOMAS et HEUYER. — Un cas de zona ophtalmique avec autopsie. *Revue de Neurologie*, février 1912.
- TROUSSEAU. — *Cliniques de l'Hôtel-Dieu*.
- ZOLOTOREFF. — Zona fruste. *Thèse de Paris*, 1911.
-

TABLE DES MATIERES

Introduction.	7
Chapitre premier. — Symptomatologie	9
Chapitre II. — Etiologie	19
Chapitre III. — Pathogénie et anatomie patho- logique	25
Chapitre IV. — La méningite zonateuse . . .	33
Chapitre V. — Traitement	39
Observations	43
Conclusions	63
Bibliographie	65
